

Travail de la Clinique obstétricale de l'École de Médecine
de Nantes

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

800

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Charles-Robert VEYRAC

Né le 9 novembre 1908, à Nantes (Loire-Inférieure)
Ancien externe des Hôpitaux de Nantes

L'ACCOUCHEMENT
PAR LES VOIES NATURELLES
APRÈS
CÉSARIENNE BASSE

Président : M. BRINDEAU, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N^o —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Charles-Robert VEYRAC

Né le 9 novembre 1908, à Nantes (Loire-Inférieure)
Ancien externe des Hôpitaux de Nantes

L'ACCOUCHEMENT
PAR LES VOIES NATURELLES
APRÈS
CÉSARIENNE BASSE

Président : M. BRINDEAU, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1934

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiâtrie.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT (Pasteur)... Pathologie
 médicale.
 VELTER Ophthalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

A MON MAITRE

LE PROFESSEUR M. LEROUX

Professeur de Clinique obstétricale à l'École de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux de Nantes

*Dont nous avons eu l'honneur d'être
l'élève et qui nous a donné le sujet de cette
thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre profonde reconnaissance.*

A M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider cette thèse.*

trer par une série de faits cliniques que les femmes opérées de césarienne basse sont susceptibles d'accoucher favorablement lors d'une grossesse ultérieure.

Cette démonstration apporte en faveur de la césarienne basse un argument vigoureux, en apprenant à moins en redouter les conséquences lointaines. Elle montre bien que la femme césarisée n'est, en aucune façon, vouée à une nouvelle césarienne en cas d'une nouvelle grossesse. Elle permet d'élargir dans les limites d'indications bien établies le cadre de certaines césariennes, particulièrement sur le terrain des césariennes tardives encore actuellement si épineux.

Notre étude aboutit à de telles conclusions, grâce aux documents que nous avons pu réunir auprès du Professeur Maurice Leroux, tant dans son service de la maternité clinique de Nantes que dans sa pratique privée. Par sa bienveillance et ses conseils il nous a permis d'effectuer ce travail, nous l'en remercions particulièrement et lui témoignons toute notre gratitude.

Chacun de ces documents cliniques porte sur plusieurs années de la vie de la femme, particularité qui vaut d'être soulignée, de même qu'il est à noter aussi que le même observateur a pu recueillir personnellement pour la plupart des cas l'opération princeps et les suites obstétricales, ce qui donne plus d'homogénéité aux observations.

Observations

Tout au début de notre étude, nous allons exposer les observations que nous avons pu recueillir. Au nombre de douze, nous commencerons par celles dont la cause de l'opération princeps est transitoire, soit insertion vicieuse du placenta avec hémorragies et sans dilatation ayant nécessité la césarienne d'urgence (obs. n^{os} 1-2), soit une mauvaise présentation du fœtus créant la dystocie (obs. n^{os} 3-5-6), soit un obstacle non définitif tel que fibrome, kyste ovarien, etc. (obs. n^o 4).

Nous garderons pour terminer les observations les plus intéressantes et les plus instructives de notre travail, celles dont l'obstacle est constitué par un rétrécissement osseux non suffisamment accentué pour indiquer la césarienne itérative à toute nouvelle grossesse. Dans ces cas de bassins limites nous voyons tout l'intérêt d'observer le résultat de l'épreuve du travail et le comportement de l'organe antérieurement incisé... (obs. n^{os} 5 à 12).

En dehors de ces cas précités, nous avons tenu à publier une observation d'accouchement normal, suite de césarienne haute, à titre de document annexe. Celle-ci nous montre jusqu'à quel point

nous pouvons réclamer à un utérus traumatisé de longs mois, avec infection prolongée au niveau de l'organe lui-même, une épreuve du travail se terminant par un succès. En outre la délivrance artificielle qui a suivi, nous a permis de constater l'état de l'utérus après sa cicatrisation (obs. D. ann.).

OBSERVATION N° I.

I. — M^{me} Rous... des Herbiers (Vendée), âgée de 22 ans, a été envoyée d'extrême urgence, à terme, le Dr Marciteau ayant trouvé la femme en pleine hémorragie au début du travail le 25 septembre 1931. Les membranes étant intactes, le col entièrement fermé, la présentation céphalique haute, les bruits du cœur déjà ralentis, le professeur Leroux pratique une *césarienne basse* sous rachi-anesthésie, en raison de la gravité de l'hémorragie par *insertion basse du placenta*, autant dans l'intérêt de la mère que de l'enfant. Mais, les circonstances fortuites (absence de l'accoucheur occupé en clientèle) empêche d'opérer sur lors même et ce retard joint au transport lointain explique peut-être la mort du fœtus.

Une phlegmatia alba dolens se produit dans les suites opératoires compliquée d'une petite embolie sans gravité et sans suites.

II. — Le 21 juin 1933, l'ancienne opérée qui vient de passer une excellente grossesse sans aucune complication entre à nouveau à la maternité clinique ayant eu ses dernières règles du 14 au 18 septembre 1932. Elle entre en tra-

vail le 30 juin et n'accouchera qu'au bout de 24 heures après un travail laborieux.

La présentation céphalique est élevée — en O. I. D. T. — mais les douleurs sont violentes. La dilatation se fait lentement, très douloureusement et en raison du spasme du col on est obligé de faire à deux reprises des injections sous-cutanées de *spasmalgine*.

A la dilatation complète le samedi 1^{er} juillet après-midi on fait une *application de forceps Tarnier en O. I. D. T.* dans l'excavation. Déchirure incomplète du périnée — 2 crins — on profite de l'anesthésie générale pour explorer à la main le segment inférieur à l'occasion d'une délivrance artificielle : on constate que la région de la cicatrice utérine ne montre aucune altération perceptible au toucher. Enfant vivant de 3 kgr. 750 ayant une tête très ossifiée avec les diamètres suivants :

O. M.....	130
O. F.	120
S. O. B.	100
S. O. F.	110
Bi P.	95
Bi T.	90
S. M. B.	100

Suites de couches apyrétiques. Sort guérie le 18 juillet 1933.

OBSERVATION N° II.

I. — M^{me} Chaint..., âgée de 28 ans, opérée le 13 avril 1933 de césarienne basse pour *hémorragie grave par placenta*

prævia. Entrée à la clinique du Boccage dans la nuit du 12 au 13 pour quelques petites coliques au cours de sa grossesse. Elle fait subitement le matin du 13 une hémorragie de sang rouge très copieuse. La dilatation est de deux francs à peine. Le col est effacé.

On pratique la rupture de la poche des eaux, en dépit de laquelle l'hémorragie reprend, inquiétante. Etant donné l'importance de l'hémorragie et l'insuffisance de la dilatation du col lequel est d'ailleurs ferme et tendu, on se décide à faire une césarienne basse, seul moyen de sauver à coup sûr l'enfant.

L'opération, pratiquée sous anesthésie rachidienne se fait de façon habituelle, sans particularités. L'enfant est extrait vivant. La malade a des suites opératoires excellentes. Le placenta était de type marginal. A noter que l'opérée avait eu autrefois une métrite blennorragique.

II. — Le 7 avril 1934 au terme de sa deuxième grossesse, la malade entre à nouveau à la clinique après une gestation normale, sans aucun accident ; en arrivant elle a une petite perte d'eau, sans douleur.

L'effacement du col ne commence que le 8 août. Tout l'après-midi, jusqu'à dix heures du soir, les douleurs vives se succèdent à intervalles de dix minutes. Après l'examen qui montre seulement une dilatation de cinquante centimes on fait une injection sous-cutanée de spasmalgine. Un apaisement des douleurs s'en suit. Vers 6 heures le matin du 9 des douleurs allant en s'accroissant violemment reprennent ; vers 13 heures on refait 2 ampoules de spasmalgine suivies d'une accalmie.

A minuit, la poche des eaux se rompt spontanément. A 3 heures le 10 les douleurs étant toujours aussi intenses, on fait encore de la spasmalgine à la malade ce qui lui donne un peu de calme, jusqu'à la dilatation complète.

A 7 h. 10 on extrait au forceps Tarnier, sous anesthésie au chlorokélène, un enfant vivant de 4 kgr. 100. Déchirure incomplète du périnée, deux crins.

Délivrance naturelle.

Après cet accouchement long de deux jours et demi, et laborieux, caractérisé par la résistance du col à la dilatation, on note dans les suites de couches un petit état fébrile qui dure jusqu'au 14^e jour au moment du départ de la malade.

OBSERVATION N° III.

I. — M^{me} Cail... Marie, âgée de 26 ans a été envoyée à l'Hôtel-Dieu le 11 juillet 1932 à 21 heures par le Dr Duclercq, de la Fosselière pour une *présentation du Front*.

Le début du travail a eu lieu le matin même à 11 heures, une sage-femme appelée constate une position anormale et fait demander le Dr Duclercq. Celui-ci rompt la poche des eaux à 13 h. 30, il s'écoule un liquide amniotique souillé de méconium.

Le Dr Duclercq fait deux applications de forceps mais ne parvient pas à extraire le fœtus : c'est dans ces conditions qu'il envoie la malade à Nantes.

A l'entrée, le professeur Leroux constate :

Un utérus en position longitudinale qui présente de violentes et fréquentes contractions. Une vessie distendue. Bruit du cœur fœtal bien frappé.

Au toucher vaginal : col à dilatation complète ; le doigt rencontre deux bosses frontales, l'extrémité antérieure de la fontanelle bregmatique, la racine du nez et un orbite avec saillie du globe oculaire.

Le nez est situé en avant et à gauche ; il s'agit d'un front en naso-iliaque gauche antérieure, la tête est au-dessus du détroit supérieur ; température : 38. Pouls : 120.

Le professeur Leroux se décide à pratiquer *une césarienne basse* qui pourra être éventuellement suivie d'une hystérectomie en raison des deux applications de forceps.

Césarienne typique sous rachi-anesthésie. Issue d'un liquide couleur purée de méconium, extraction d'un gros enfant vivant ; vérification de la position frontale.

L'enfant pèse 4.000 gr.

Les diamètres de la tête sont :

O. M.....	132
O. F.	122
S. O. B.	100
S. O. F.	115
Bi P.	100
Bi T.	89
S. M. B.	106

Très bonnes suites opératoires, la malade sort le 6 août 1932.

II. — Elle revient dans le service le 9 septembre 1933 à 17 heures, elle est en travail depuis le matin.

Examen à 18 heures. Présentation céphalique haute en O. I. D. P. col dilaté 5 francs, très souple ; poche des eaux intacte ; parties molles très souples.

Le bassin est rétréci, les épines sciatiques très saillantes. A 20 heures dilatation complète. On rompt la poche des eaux.

A 20 h. 30. Les contractions sont intenses, la tête n'a pas progressé.

Sou-sanesthésie générale, chlorokélène, rapidement on fait une *application de forceps en O. I. D. P.* Abaissement assez dur de la tête. Descente et rotation en occipito-pubienne. Extraction d'un enfant vivant avec une légère paralysie faciale qui disparaît rapidement. Délivrance spontanée.

Légère déchirure du périnée : deux crins.

L'enfant pèse : 3780 gr. Les diamètres de la tête sont :

O. M.....	108	au lieu de 132	précédemment
O. F.	110	—	122 —
S. O. B.	95	—	100 —
S. O. F.	115	—	115 —
Bi P.	96	—	100 —
Bi T.	80	—	89 —
S. M. B.	100	—	106 —

La mère sort de l'hôpital le 28 septembre 1933.

OBSERVATION N° IV.

I. — Mad. Aud..., 27 ans est examiné pour la première fois le 15 janvier 1929, ayant eu ses dernières règles le 20 juin soit en état de grossesse de six mois et demi.

On relève, dans ses antécédents, à l'âge de six ans une

néphrite *a frigore* et à vingt ans un ictère avec albuminurie.

Actuellement on se trouve en présence d'une femme d'aspect vigoureux, bien musclée. L'utérus est globuleux et le palper abdominal montre que le fœtus se présente transversalement. Le foyer d'auscultation est à la hauteur de l'ombilic.

Au toucher, pas de présentation perceptible, mais, présence d'une tumeur prævia polyglobulée et ferme pour laquelle on pense à un kyste de l'ovaire.

La grossesse étant trop avancée pour songer à extraire le kyste prævia sans risque grave d'accouchement prématuré, on laisse la grossesse évoluer, décidé à opérer à terme.

Les examens successifs pratiqués à quinze jours d'intervalle confirment le premier diagnostic ; c'est un kyste de l'ovaire, prævia, volumineux, situé dans la partie gauche de la concavité sacrée.

Le 21 mars 1929, M^{me} A... entre à la Clinique en douleurs. Sans attendre, la malade étant à terme, la tumeur prævia étant fixe et infranchissable, on fait sous anesthésie rachidienne une opération césarienne basse.

Extraction d'une fille, de poids normal, bien vivante.

Après la césarienne et les sutures de l'utérus et du péritoine, on récline, en avant la masse utérine et l'on fait l'ablation d'un kyste ovarique à type mucoïde du volume des deux poings. L'ovaire droit est légèrement atteint de dégénérescence kystique, mais comme il s'agit d'une femme jeune on le respecte.

Suite normale, sortie de la clinique, guérie le 13 avril.

II. — Depuis lors nous avons appris que cette personne avait accouché à nouveau par les voies naturelles, sans aucune complication. Mais l'accouchement ayant eu lieu loin de Nantes, nous n'avons pu obtenir de détails sur cet accouchement.

OBSERVATION N° V.

I. — M^{me} Jar..., âgée de 24 ans, a été opérée de césarienne basse le 2 février 1931 par les professeurs Grosse et Leroux. Elle avait été envoyée par le D^r Marciteau des Herbiers pour une présentation de la face, compliquée de rétrécissement du bassin.

La femme entrée en travail le 30 janvier a eu des coliques jusqu'à maintenant. Les membranes se sont rompues le 1^{er} février ; et, devant l'arrêt de progression de la tête, la sage-femme a demandé l'avis du médecin qui a conclu à l'envoi à la maternité clinique.

La malade arrive donc tardivement, après un voyage de 70 km. après deux jours de travail. L'examen montre une présentation longitudinale, dos à gauche. Au toucher le col est dilaté et la présentation de la face est élevée, identifiable par la sensation de la bouche et du rebord maxillaire en M. I. G. A.

Les bruits du cœur sont bons.

On pratique une *opération césarienne basse* sous rachianesthésie.

L'ouverture de l'œuf donne issu à un liquide fortement mêlé de méconium fétide. L'enfant est extrait facilement,

présentant les déformations caractéristiques de la face. Il fait quelques mouvements d'inspiration, mais ceux-ci ne continuent pas ; l'enfant paraît peu vigoureux et tous les efforts de ranimations classiques tentés pendant une heure sont sans succès.

L'enfant pesait 3 kgr. 570 ; le placenta 610 gr.

L'opérée a quitté la maternité le 20 février sans avoir de complications post-opératoires.

II. — Elle revient dans le service le 10 juin 1932, enceinte, ayant eu ses dernières règles du 23 au 27 avril 1931, bien à terme.

La hauteur de l'utérus est de 36 cm. ; la présentation céphalique est bien fixée, en O. I. G. A. Les bruits du cœur sont bons.

Le toucher permet de mesurer le diamètre promonto-pubien minimum qui est de 9 cm. 3 ; le promonto-sous-pubien étant de 10 cm. 8.

L'accouchement n'a lieu que le 22 juin à 4 heures, après cinq heures de travail ; les membranes se sont rompues à 3 heures 45, et le *fœtus a été expulsé en un quart d'heure spontanément, sans aucune déchirure périnéale.*

A noter que 10 minutes avant l'expulsion, du liquide souillé de méconium s'est écoulé et qu'il existait un circulaire non serré autour du cou du fœtus.

L'enfant pesait 3 kgr. 650, long de 52 cm., présentant des diamètres moyens de :

O. M.	148
O. F.....	122
S. O. B.....	95

S. O. F.....	105
Bi. P.....	95
Bi. T.....	77
S. M. B.	111

Suites de couches normales. Sort de la maternité le 3 juillet.

OBSERVATION N° VI.

M^{me} Dau...

I. — *Premier accouchement* : présentation de l'épaule, poche des eaux rompue depuis peu de temps, mais on atteint facilement le promontoire. On redoute si l'on fait une version d'être arrêté au passage de la tête.

Césarienne basse sous rachi-anesthésie. Enfant vivant. Suites opératoires normales.

II. — *Deuxième accouchement* : Présentation céphalique travail lent et pénible, on termine par un forceps haut, laborieux sous rachi-anesthésie.

OBSERVATION N° VII.

I. — M^{me} Roust... a été opérée de césarienne basse par le professeur Grosse le 27 septembre 1930, elle avait été envoyée par le D^r Cantuern du Pellerin. Il s'agissait d'un bassin rétréci avec rupture prématurée de la poche des eaux et deux tentatives infructueuses de forceps.

La malade arrive à la maternité clinique à 11 heures :

A l'examen : tête haute, débordant en avant et à droite

le pubis. Au toucher : bosse séro-sanguine volumineuse ; tissus durs et non extensibles. Bassin rétréci, promontoire facilement atteint.

A midi, l'opération césarienne basse est pratiquée sous rachi-anesthésie.

Extraction d'un enfant vivant pesant 3.450 gr.

Diamètres de la tête :

O. M.	135
O. F.	125
S. O. B.	96
S. O. F.	103
Bi. P.	91
Bi. T.	86
S. M. B.	105

Bonnes suites opératoires, sortie de l'hôpital le 20 octobre 1930.

II. — Elle entre de nouveau dans le service le 23 novembre 1933 enceinte d'environ huit mois en prévision d'une nouvelle césarienne possible.

Elle a eu vers la fin de sa grossesse quelques *hémorragies*, on en constate :

une première qui survient le jour de son arrivée ;

une deuxième plus abondante le 26 novembre ;

une troisième le 30 novembre ;

une quatrième le 4 décembre.

Cette malade présente un facies pâle avec décoloration des muqueuses.

Elle est affaiblie. Tenue en observation. Placenta prævia.

Le 12 décembre à 21 heures rupture des membranes avant tout travail.

Le début du travail n'a lieu que le 14 décembre vers 22 heures.

On décide une épreuve du travail. Tête engagée en O. I. D. P.

Dilatation complète le 15 décembre à 7 heures, *expulsion spontanée* d'un enfant vivant à 7 heures 10, il est bien constitué mais petit.

Poids : 2.480 gr.

Diamètres de la tête :

O. M.	122	au lieu de	135	précédemment
O. F.	110	—	125	—
S. O. B.	88	—	96	—
S. O. F.	90	—	103	—
Bi. P.	82	—	91	—
Bi. T.	76	—	86	—
S. M. B.	100	—	105	—

Sortie de l'hôpital le 26 décembre 1933.

OBSERVATION N° VIII.

I. — M^{me} Raf..., 31 ans, entre le 18 octobre 1932 à la maternité clinique d'urgence, en travail, avec l'histoire suivante :

Elle a accouché en 1929 à terme, d'un enfant mort pesant 5 livres, qui a dû être extrait au forceps ; il s'agit d'une basiotripsie déguisée.

En mars 1931 à 23 h. 30, 2 heures après le début de son

travail le Dr Donneau de Torfou l'adresse à la maternité. Elle a 2 francs de dilatation.

La présentation, céphalique, n'est pas engagée, la tête, grosse, déborde l'arcade pubienne. Au toucher on atteint facilement le promontoire. La poche des eaux est intacte. Les bruits du cœur fœtal bons.

On a la certitude d'une dystocie osseuse par rétrécissement rachitique du bassin ; la femme présente d'ailleurs des stigmates rachitiques : brièveté de la taille, extrémités courtes, ventre très distendu et pendulum.

Le professeur Grosse attend pendant 4 heures le résultat de l'épreuve du travail qui est négatif et se complique d'inertie utérine.

Il pratique sous anesthésie rachidienne une césarienne basse typique qui donne naissance à un enfant de 3 kgr. 640 bien vivant et bien constitué.

La tête fœtale donne les mensurations suivantes :

Diamètre :

O. M.	135
O. F.	120
S. O. B.	100
S. O. F.	114
Bi. P.	98
Bi. T.	90
S. B. M.	110

A souligner le léger excès des diamètres Bi. P. et Bi. T.

II. — Le 18 octobre 1932, à 17 heures, elle est admise d'urgence à la Maternité largement à terme (D. R. du 3 au

6 janvier 1932) en état de rétention de fœtus mort. Rien de notable dans le cours de la grossesse. Jusqu'au 15 octobre elle a perçu les mouvements actifs, mais depuis lors plus rien. A l'examen les bruits du cœur sont absents, la hauteur de l'utérus atteint 34 cm. On retrouve à l'exploration vaginale le rétrécissement du bassin. La dilatation est de 2 francs et les membranes intactes.

L'accouchement se fait spontanément, après un travail régulier et la rupture spontanée de la poche des eaux à 1 heure du matin, le lendemain matin 19 octobre à 6 h. 45.

La délivrance naturelle suit à 7 h. 05.

L'enfant pesait 3 kgr. 850 mais déjà présentait un état de desquamation généralisée avec dislocation des os du crâne.

OBSERVATION N° IX.

M^{me} Mol...

I. — 11 septembre 1930 : Césarienne supra-symphysaire (bassin rétréci). Enfant vivant.

II. — 22 juin 1932 : Césarienne basse itérative. Enfant vivant.

Hauteur utérine : 28 cm.

Périmètre abdominal : 86 cm.

Taille : 135 cm.

Tête au-dessus du détroit supérieur.

Toucher : bassin généralement rétréci.

Diamètre promonto-sous-pubien : 9,5.

Diamètre promonto-rétro-pubien : 8.

21 juin 1932 : la malade commence à souffrir au début de l'après-midi.

A 17 heures, elle est examinée par le Dr Leroux : col seulement perméable, tête élevée.

A 22 heures, même état.

La malade souffre toujours de coliques utérines.

22 juin 1932 : A 11 heures : tête toujours haute ; bruits du cœur fœtal bons ; au toucher : col dilaté à 1 franc.

A 17 heures : même état. La malade se plaint de violentes coliques.

Le Dr Leroux décide l'intervention *après 24 heures d'épreuve du travail*.

Intervention :

Soins pré-opératoires habituels : vulve rasée, sondage de la vessie.

Anesthésie rachidienne : scurocaïne 0,08. Anesthésie parfaite quant à son intensité et à sa durée.

Résection de la cicatrice cutanée.

Au-dessous le bistouri tranche un tissu fibreux.

Ouverture de la cavité péritonéale.

L'utérus apparaît, masqué par un voile cellulo-graisseux extrêmement mince, facile à écarter, sans provoquer aucune hémorragie, et de ce fait n'amène aucune gêne.

Décollement des lambeaux péritonéaux : assez facile pour le lambeau inférieur. Le lambeau supérieur est adhérent et le ciseau le perfore.

Incision de la paroi utérine.

Le sang est aspiré au fur et à mesure de son issue (aspirateur électrique).

La face du fœtus est amenée à la bouche utérine, aspiration des mucosités du nez et de la bouche. Peu de liquide amniotique.

La tête est extraite à l'aide d'une branche du forceps de Tarnier.

Section du cordon entre deux pinces.

L'enfant crie quelques instants plus tard.

Suture de la paroi utérine en 2 plans. On note l'absence quasi complète d'hémorragie.

On fait une application des lambeaux péritonéaux supérieurs de façon atypique.

Le lambeau inférieur recouvre le tout.

Suture de la paroi : surjet péritonéal.

Points séparés sur le plan aponévrotique.

Surjet sur la graisse sous-cutanée.

Agrafes sur la peau.

III. — 2 novembre 1934 : accouchement sans césarienne.

1^{er} novembre : 18 h. 30 : La femme souffre par intermittence depuis deux jours. Dans l'après-midi, augmentation notable des douleurs.

Hauteur utérine : 32 cm.

Périmètre abdominal : 90.

La tête ne paraît pas déborder au palper. Elle semble bien fixée.

Bruits du cœur perçus à gauche et en avant.

Au toucher : col effacé, mais comme cerclé d'un cercle fibreux qui rend la dilatation pénible. Pas de poche des eaux (membranes intactes).

La tête semble descendue dans l'excavation, le sommet affleurant le tiers inférieur de l'excavation.

En raison de cet état de descente de la tête, qui laisse encore l'espoir d'un accouchement par les voies naturelles,

la température étant à 37,4 et le pouls à 92, on décide de prolonger l'épreuve du travail en dépit des deux dystocies précédentes.

20 h. 30 : Etat stationnaire : le col reste résistant, mais effacé.

Poche des eaux intacte.

On fait une injection de 1 cmc. de spasmalgine.

2 novembre : 2 h. : Col complètement dilaté sauf un petit croissant à droite, qu'il est facile de refouler avec les doigts.

La poche des eaux s'est rompue spontanément avant le toucher.

La femme pousse.

2 h. 1/4 : Présentation céphalique engagée très profondément, apparaissant entre les lèvres de la vulve en O. I. D. P. ayant tendance à tourner en O. S.

Application du Tarnier, suivie de traction puis de grande rotation.

Extraction d'un enfant vivant : tête très allongée, molle, avec de très larges sutures membraneuses.

Déchirure très bénigne, vaginale, à gauche. Pas de suture. Légère anesthésie au chlorokélène.

Délivrance artificielle qui permet de vérifier l'état de la région cicatricielle (2 césariennes antérieures). On ne trouve rien de perceptible au niveau du segment inférieur.

Le placenta s'insère sur la paroi antérieure du corps utérin.

Enfants :

Diamètres de la tête :

Poids	1 ^o	2 ^o	3 ^o
	2.700	2.430	3.100
O. M.....	123	125	115
O. F.	112	113	101
S. O. B.	97	88	85
S. O. F.	100	93	100
Bi. P.....	88	83	83
Bi. T.....	75	74	72
S. M. B.	100	94	93

OBSERVATION N^o X.

I. — M^{me} Pauline Bal..., 25 ans, entrée à la maternité clinique le 21 mars 1929.

A l'entrée de la malade la tête du fœtus est nettement dans la fosse iliaque gauche. On la replace dans la ligne médiane à l'aide de tampons de coton et d'un bandage, mais toujours tendance à remonter.

Le 15 avril 1929, vers 13 heures début du travail, coliques répétées durant tout l'après-midi, la nuit et la journée du lendemain. Durant tout ce travail la tête qui est en O. I. G. A. n'a pas de tendance à s'engager.

Le 16 avril à 18 h. 30, le toucher montre une dilatation d'une petite paume, une poche des eaux volumineuses bombant fortement pendant les contractions. La tête très élevée est difficile à percevoir. Le palper abdominal n'indique aucun engagement; bien plus la tête déborde en avant du pubis. Bruits du cœur excellents. En essayant de refouler la tête en arrière, on a l'impression qu'elle appuie sur un plan dur et irréductible (osseux).

A 20 heures dilatation complète. Poche des eaux volumineuse bombant fortement dans le vagin au moment des contractions. On n'atteint pas le promontoire et l'excavation sacrée semble anormale. Entre la tête fœtale et le sacrum il y un espace libre que la tête n'a aucune tendance à occuper quand on essaie de l'engager artificiellement. On conclue à un obstacle osseux élevé (faux promontoire lombaire).

Le professeur Grosse décide une césarienne.

Césarienne basse typique sous rachi-anesthésie.

Extraction d'un enfant vivant de 3810 gr. avec chevauchement accusé des pariétaux. Les diamètres de la tête sont :

O. M.	138
O. F.	123
S. O. B.	101
S. O. F.	112
Bi. F.	107
Bi. T.	90
S. M. B.	105

Suites opératoires satisfaisantes la malade sort de l'hôpital le 31 mai 1929.

II. — Vers début 1931, M^{me} Bal... accouche normalement d'un enfant vivant et petit après un travail normal.

Cet accouchement ayant eu lieu au domicile de la mère, celle-ci étant étrangère et s'exprimant difficilement, il n'y a aucune autre précision.

III. — Elle revient dans le Service le 27 novembre 1932 à 20 heures. Etant en travail depuis le 26 à 5 heures (38 h.) elle semble avoir des coliques violentes. Présentation céphalique très haute débordant de partout en avant et sur les côtés. Foyer des bruits du cœur à gauche et près de l'ombilic. Au toucher, col à petite paume très souple, poche des eaux intacte. Perception de la fontanelle bregmatique en arrière et à droite indiquant une O. I. G. A. En raison de la longueur du travail et du volume de l'enfant, le professeur Leroux décide de faire une césarienne itérative.

Césarienne basse normale sous rachi-anesthésie (à noter l'épiploon recouvre complètement l'utérus, quelques adhérences facilement décollables. Clivage difficile du péritoine en haut, facile vers le bas). Le segment inférieur lui-même est parfaitement intact, cicatrice solide pas d'affaiblissement musculaire.

Extraction d'un enfant vivant pesant 3.880 gr.

Diamètres de la tête :

O. M.	131
O. F.	120
S. O. B.	115
S. O. F.	118
Bi. P.	102
Bi. T.	82
S. M. B.....	110

Bonnes suites opératoires, sortie de l'hôpital le 17 décembre 1932.

IV. — Revient dans le service le 2 mars 1934 enceinte de 3 mois, pour vomissements, céphalées, vertiges, etc... En observation, tous ces symptômes disparaissent, sortie le 10 mars 1934.

OBSERVATION N° XI.

M^{me} Chég...

I. — 1926. Une grossesse terminée par avortement de cinq mois, suivie d'une très grosse hémorragie ayant nécessité un curage digital, puis curetage par le Prof. Grosse appelé auprès de la malade. Suite infectieuse grave.

II. — 1929. Deuxième grossesse terminée par accouchement prématuré, de six mois, suivi d'une infection utérine sérieuse.

III. — 1932. Troisième grossesse, terminée par césarienne basse après épreuve du travail. Enfant vivant, mais chétif. Les suites de l'opération sont bonnes, mais accidentées par un peu de salpingite, la femme et l'enfant sont malingres.

Pendant les suites opératoires, on apprend que le père du mari a contracté étant jeune la syphilis et que le mari a été mal soigné. On entreprend alors le traitement anti-syphilitique du père, de la mère et de l'enfant.

Sur les entrefaites, le père contracte une pleurésie séro-fibrineuse. Après sa guérison, tout en suivant son traitement spécifique, fait un séjour dans le midi. Il revient, un an plus tard complètement transformé, état général parfait.

IV. — 1934. La femme est enceinte à nouveau mais, elle aussi s'est transformée, et au lieu d'une personne frêle, chétive, mince, on est en présence d'une femme normale qui s'est développée à tous égards. Le bassin paraît plus ample.

La grossesse continue son cours normal favorisée par un traitement antisyphilitique régulièrement suivi (sulfarsénol et bismuth, 2 séries de chaque).

Avril 1934. L'accouchement a lieu spontanément, simplement, rapidement, sans aucune intervention, sans déchirure périnéale, livrant un enfant vivant d'un volume supérieur au premier (3 kgr. 200).

La femme se rétablit parfaitement, l'enfant se porte normalement.

OBSERVATION N° XII.

I. — M^{me} Bar..., 22 ans a été opérée de césarienne basse le 25 février 1930 par le Dr Grosse.

Les douleurs du travail auraient débuté le 23 février vers 15 heures.

La malade souffre toute la nuit suivante et la journée du 24 ainsi que la nuit du 24 au 25 et la matinée de ce jour. Le Dr Lemoine de Vallet se décide à l'emmener à Nantes où elle arrive le 25 à 16 heures.

L'examen pratiqué à ce moment montre une tête élevée et semblant bloquée au détroit supérieur, dos à gauche, auscultation à gauche. La bosse pariétale ne semble cependant pas déborder énormément. Le toucher montre un col

rigide avec dilatation d'une paume de la main environ, poche des eaux saillante.

Le promontoire est accessible. Diagnostic de bassin généralement rétréci.

Diamètre promonto-sous-pubien 10,5.

Une intervention par voie haute est décidée. Rachianesthésie, complétée par quelques bouffées de chloroforme.

Rupture spontanée des membranes au moment de l'intervention. La vessie remonte haut et gêne le décollement du lambeau inférieur du péritoine.

Le lambeau supérieur est presque inexistant par suite d'un décollement impossible. L'incision utérine porte à la fois sur le segment inférieur et sur le corps.

Extraction d'un enfant vivant pesant 3.750 gr.

Les diamètres de la tête sont :

O. M.	195
O. F.	120
S. O. B.	95
S. O. F.	111
Bi. P.	92
Bi. T.	86
S. M. B.	101

Suites opératoires excellentes, sortie de l'hôpital le 20 mars 1930.

II. — Entre de nouveau dans le service le 16 septembre 1931, à terme. Apparition des premières douleurs le samedi 19 septembre à 15 heures, mais le travail ne se

déclare franchement que le 20 septembre vers 21 heures.

L'examen pratiqué le lendemain à 9 heures montre un col rigide avec dilatation de deux francs environ. Rupture des membranes à 17 h. 30.

Un toucher fait à ce moment montre une bosse séro-sanguine volumineuse et un chevauchement considérable des pariétaux, en outre la dilatation n'est pas complète.

Le travail progressant et la dilatation étant complète le Dr Grosse décide de faire une *application de forceps*. Celle-ci est faite en oblique gauche à 19 h. 15.

Extraction d'un enfant vivant de 3.900 gr.

Les diamètres de la tête sont :

O. M.	135
O. F.	116
S. O. B.	86
S. O. F.	118
Bi. P.	87
Bi. T.	72
S. M. B.	100

Suites satisfaisantes, sortie de l'hôpital le 3 octobre 1931.

III. — Revient dans le service le 27 décembre 1932.

Le 31 décembre 1932 à 7 heures début du travail. Examen à 11 heures.

Bruits du cœur fœtal bons. Tête flottante élevée. Coliques assez fortes et rapprochées. Au toucher : tête mobile au-dessus D. S. que l'on peut faire descendre dans l'excavation par le palper. Dilatation de deux francs. Poche des eaux intacte.

Dilatation complète à 20 heures. Rupture de la poche des eaux à 21 heures, liquide amniotique purée de pois.

Après un travail de 14 heures environ, fortes coliques, l'engagement s'effectue. Dégagement relativement rapide (20 minutes environ) (donc obstacle au D. S. seulement) d'une tête très modelée, chevauchement des pariétaux et même des frontaux. Chevauchement des pariétaux sur l'occipital, enfoncement de la région temporo-pariétale gauche (en rapport avec le promontoire).

Enfant vivant pesant 3.750 gr.

Les diamètres de la tête sont :

O. M.	127
O. F.	117
S. O. B.	100
S. O. F.	110
Bi. P.	86
Bi. T.	80
S. M. B.	103

Suites satisfaisantes, sortie de l'hôpital le 13 janvier 1933.

IV. — Revient dans le service pour la quatrième fois le 11 juillet 1934 amenée par le Dr Lemoine de Vallet.

Elle ressent les douleurs du travail depuis le matin vers 6 heures.

Depuis 15 heures douleurs violentes, rupture spontanée des membranes vers 16 h. 30, touchée trois fois dont deux avant l'ouverture de l'œuf avant son arrivée.

A 18 h. 30. Présentation céphalique flottante au-dessus

du D. S. Bruits du cœur bien frappés. Liquide non teinté *abondant*. Au toucher, dilatation petite paume ; saillie en bec du promontoire.

On laisse l'épreuve du travail se faire et à 23 heures le Dr Leroux décide la césarienne. *Césarienne basse typique* sous rachi-anesthésie.

Extraction d'un enfant vivant présentant gros chevauchement des pariétaux sur les os du crâne. Réductibilité insuffisante de la tête du crâne.

Le poids était de 3.940 gr.

Les diamètres de la tête sont :

O. M.	128
O. F.	120
S. O. B.	95
S. O. F.	115
Bi. P.	98
Bi. T.	85
S. M. B.	100

Suites opératoires excellentes. Sortie de l'hôpital le 30 juillet 1934.

Comparaison des différents diamètres :

	1 ^o	2 ^o	3 ^o	4 ^o
O. M.	195	135	127	128
O. F.	120	116	117	120
S. O. B.	95	86	100	95
S. O. F.	111	118	110	115
Bi. P.	92	87	86	98
Bi. T.	86	72	80	85
S. M. B.	101	100	103	100

DOCUMENT ANNEXE.

M^{me} Per..., âgée de 25 ans entre dans le service le 9 mai 1934.

Elle a eu un premier accouchement en janvier 1931 à Paris dans la clinique du Dr P... Celui-ci constatant un bassin rétréci fait une épreuve du travail très brève et pratique une césarienne haute.

A quitté la clinique 15 jours après l'opération ; deux mois après abcès de la paroi donnant issue à un pus infect ; un mois après, nouvel abcès accompagné d'élimination de Catgut suivi de fistule utéro-pariétale avec écoulement du sang menstruel par la paroi abdominale.

En octobre 1932, opérée par le Prof. Leroux : excision de la fistule utéro-pariétale au fond de laquelle on enlève 6 anses de soie tressée.

Réfection et suture séparées de l'utérus et des plans de la paroi abdominale. Suites opératoires avec suppuration de la paroi abdominale sans réaction péritonéale.

De nouveau enceinte ; le mari contracte la syphilis en 1932 au troisième mois de la grossesse. La femme est contaminée à ce moment et fait un chancre spécifique de la fourchette. Elle est aussitôt traitée par association uclar-syl et de CnHg. Puis une série de bismuth.

Entre à la maternité clinique le 9 mai à 2 heures ayant eu la veille quelques coliques.

A 2 heures examen : pas de travail franc ; présentation du sommet mal appuyée sur le détroit supérieur. Le fœtus est en écharpe, oblique, placé la tête à cheval sur la margelle du D. S.

On atteint le promontoire assez loin mais on ne retrouve pas la petite tumeur du sinus sacro-iliaque droit qui aurait été constaté lors du premier accouchement et aurait motivé comme obstacle *prævia* l'opération césarienne faite par le Dr P...

Dans la soirée la douleur devient de plus en plus intense. Vers 22 heures présentation du sommet encore mal orienté, à cheval sur la fosse iliaque. La dilatation est de 5 francs.

Col épais et dur. Membranes intactes.

On place un bandage avec deux tampons de coton se contrariant, un dans la fosse iliaque gauche, un autre sous le foie. On obtient un bon redressement de l'axe utérin.

Vers 0 h. 30 le 10 mai, la dilatation s'est complétée. Grosse poche d'eau saillante à la vulve. La tête a descendu. La poche des eaux éclate à une heure. Quelques efforts de poussée — puis très bons efforts — présentation céphalique dans l'exacavation en O. I. G. A.

On fait une application de forceps sous anesthésie légère en chlorokélène.

Dès le début de l'extraction, déchirure de la petite lèvre gauche. On fait une épisiotomie pour limiter le dégât. Extraction d'un enfant vivant à tête dure et large.

Délivrance artificielle de vérification : extraction du placenta qui présente en son centre une zone complètement nécrosée.

On trouve très facilement sur la paroi antérieure du corps utérin, une dépression longue de 7 centimètres où le tissu musculaire est aminci.

Cette région est adhérente à la paroi abdominale. Suture au Catgut de la petite lèvre et 2 crins au périnée.

Suites de couches normales. L'enfant ne présente aucune trace de Σ . Il pèse 3.470 gr. Les diamètres de sa tête sont :

O. M.	134
O. F.	140
S. O. B.	106
S. O. F.	110
Bi. P.	102
Bi. T.	85
S. M. B.	95

Sortie de l'Hôtel-Dieu le 27 mai 1934.

Etat anatomique et histologique de la région cervico-segmentaire après césarienne basse.

A. — PROCÉDÉS D'EXPLORATION.

Pour vérifier l'état anatomique du segment inférieur les procédés d'exploration varient suivant l'avenir de la femme césarisée.

Si la femme subit de nouveau l'opération, et c'est le cas le plus intéressant et le seul capable de nous donner des renseignements précis, nous pourrons nous baser sur la vue, le palper, l'incision faite en tissu cicatriciel et à ce moment faire un prélèvement pour examen histologique.

Si la femme accouche par les voies naturelles, par la suite, seule l'exploration manuelle, à l'occasion d'une délivrance artificielle, pourra nous donner quelques renseignements sur l'état de l'organe ; bien que peu précis, cet examen présente parfois un gros intérêt ainsi que nous pouvons le constater dans l'observation annexe.

B. — ETAT ANATOMIQUE.

Nous possédons une nombreuse documentation de l'examen des utérus au cours des césariennes itératives.

Nous insistons particulièrement avec Anderodias et Balard sur le fait que le segment inférieur n'étant, en aucun moment le siège de contractions, sa cicatrisation en est plus rapide et plus parfaite. Il ne faut donc pas s'étonner du peu de traces que laisse cette intervention, de l'accord unanime de tous les auteurs et de ce que nous avons pu constater par nous-même. Le Dr Rouault dans sa thèse faite à la Maternité clinique de Nantes a déjà recueilli un bon nombre d'observations démonstratives à ce point de vue.

Examinons rapidement plan par plan ce que nous offre la majorité des cas :

La paroi abdominale. — L'éventration est rare, surtout totale ; il faudrait une grosse suppuration entraînant la désunion de toute l'épaisseur des différents plans. Nous n'en avons pas observé. — L'éventration partielle peut être moins rare, due à une résorption précoce d'un catgut ou à un hématome.

Le péritoine. — Le péritoine est peu touché dans la plupart des cas, les adhérences sont peu fréquentes (1/4 des cas à peine Cf. Dr Rouault Thèse Paris 1933) si elles existent c'est le plus fréquemment l'épiploon avec la paroi abdominale, pouvant descendre jusqu'à

la vessie. Il est d'ailleurs inutile d'y insister, c'est une cause de difficulté au cours d'une intervention itérative mais non une dystocie lors d'un accouchement ultérieur par les voies naturelles.

Le segment inférieur. — Le S. I est peu touché, sa cicatrice à peine visible ne subsiste souvent que sous forme d'une ligne blanchâtre (*Wetterwald*) quelquefois rien de visible (*Gellé. Audebert*).

Anderodias et Balard sur quinze cas observés à la Maternité clinique de Bordeaux trouvent une restitution intégrale dans six cas, dans six autres cas des adhérences banales entre péritoine et utérus, et dans les trois autres cas des adhérences rendant l'opération pénible ; l'un d'eux a dû se terminer par une césarienne haute.

A la Maternité clinique de Nantes, sur 29 observations, 13 interventions ne laissent aucune trace, dont deux après, deux C. B, 14 ne montrent que quelques adhérences péritonéales ne gênant en rien l'intervention, enfin deux observations montrent une réelle difficulté par suite d'adhérences, l'une à la vessie, l'autre à l'intestin grêle ayant nécessité un surjet séro-séreux.

Dans trois de ces cas on pouvait noter l'extrême minceur du S. I.

C. — ETAT HISTOLOGIQUE.

Dans l'un des cas où toute cicatrice était invisible le D^r Castagnary, chef des travaux d'histologie à

l'Ecole de médecine de Nantes, a eu l'occasion de faire un examen. Il conclut à la présence d'un tissu fibreux très abondant et ne contenant pas, *fait important*, de fibres élastiques.

Donc, bonne et solide cicatrice, mais on peut déjà penser que l'on a l'explication de la plus longue durée de dilatation au cours de l'accouchement ultérieur.

Anderodias et Balard signalent deux examens histologiques par Gaifami et Hauch affirmant la restitution microscopique intégrale.

Conditions cliniques et opératoires qui influencent la cicatrice de la césarienne basse.

L'influence des facteurs cliniques peut être bonne ou mauvaise ; mais encore convient-il de distinguer et il est instructif justement de faire cette discrimination.

Favorablement agissent sur la qualité de la césarienne basse, les raisons mêmes qui ont théoriquement motivé le choix de cette opération, et dont la pratique a démontré tout le bien fondé. Nous en rappellerons brièvement les éléments :

Le siège de l'opération qu'on a choisi : la région basse de l'utérus est une région recouverte de péritoine pelvien, mieux protégée, sans contact continu avec la masse intestinale sans cesse mobile, mieux défendue par les limites de la cavité pelvienne, tout à fait déclive par rapport à la grande cavité péritonéale.

Le choix heureux de cette région du S. I. entraîne d'heureuses conséquences post-opératoires.

L'incision utérine longitudinale, en général choisie par la plupart des opérateurs, ayant porté sur une zone pauvre en fibres musculaires, les contractions uté-

rines du *post-partum* parfois si violentes se font ici à peine sentir. Ainsi les sutures sont moins tiraillées et moins exposées à se désunir que dans l'ancienne césarienne haute.

Le résultat de ce repos relatif de la plaie opératoire sera une bonne coaptation des lèvres de la plaie et une cicatrice solide malgré la minceur parfois extrême que l'on constate, avec surprise, aux opérations itératives.

A côté de ce point de vue, il faut insister sur l'intérêt d'intervenir en une région où le péritoine décollable va permettre après l'opération un recouvrement double en revers de veste de la zone d'hystérotomie, réalisant une ample protection, une barrière épaisse et remarquablement efficace.

Pour résumer tout ce qu'a de bienfaisant cette technique opératoire, il suffit de dire qu'au procédé simple, mais sommaire de la césarienne haute, elle a substitué un procédé vraiment chirurgical, plus complexe, certes, plus délicat c'est vrai, véritable accouchement supra-symphysaire dans certains cas, mais aussi plus satisfaisant, plus précis, plus logique, plus sûr.

A ces éloges, il y a une contre-partie. L'observation des faits apporte la connaissance de facteurs qui viennent assombrir un peu ces brillantes qualités.

Il s'agit tout d'abord, de l'état d'asepsie plus ou moins pur de la région opératoire. Les cas purs ne sont pas constants, puisque c'est un des mérites de la césarienne basse que de permettre d'opérer tardi-

vement alors que le travail est depuis plusieurs heures en train, alors même que l'œuf étant ouvert et des touchers, voir même des manœuvres suspectes ont été faits. La femme peut être même légèrement fébrile (fièvre dite de travail). L'opération pourra ici encore réussir, mais il est possible que des complications surviennent, que la cicatrice utérine soit moins bonne. Dans deux cas infectés nous avons pu constater l'élimination de catgut par la vulve. La complication n'avait eu aucune conséquence péritonéale immédiate.

Parmi les facteurs défavorables il en est qui s'imposent. C'est par exemple la présence d'un ou de plusieurs fibromes ayant nécessité une myomectomie qui a pu affaiblir le muscle utérin et conduire à des opérations conservatrices complexes.

Un point de vue qui mérite d'être retenu naît de la nécessité dans certains cas, d'agrandir par en haut l'incision. Ceci a lieu quand le segment inférieur manque d'ampliation, lorsque la zone de décollement péritonéale s'arrête très bas, lorsque lors d'une césarienne itérative, les minces films péritonéaux viennent à se déchirer sous le clivage des ciseaux courbes. C'est encore le cas, lorsque le fœtus placé en épaule, les manœuvres ne peuvent se faire par la brèche typique de la césarienne basse.

Dans tous ces cas, il est nécessaire de se donner du jour et de faire une césarienne mixte. L'agrandissement de la cicatrice importe assez peu en ce qu'elle intéresse une zone utérine différente, elle importe

davantage parce qu'elle aboutit à un renouvellement atypique et moins complet de la zone du S. I.

La zone cicatricielle, comme étoilée, irrégulière s'en retrouve très bien si l'on réintervient.

Les considérations précédentes ne sont pas sans intérêt pour qui veut aborder l'étude de la grossesse et l'accouchement chez les femmes césarisées antérieurement, car tout va dépendre des séquelles opératoires plus ou moins importantes.

La grossesse chez les femmes opérées de césarienne basse

L'étude de la grossesse et de l'accouchement consécutif à la césarienne basse a été faite de façon très sérieuse par Anderodias et Balard, dont l'enquête résume le dépouillement de leurs observations personnelles et de celles qu'ils ont pu recueillir auprès d'un certain nombre d'accoucheurs contemporains. Utilisant leurs matériaux nous tenterons de les confronter avec nos modestes notes de clinique obstétricale et d'en tirer quelques conclusions pratiques.

Une première perspective s'ouvre sur la question lorsque l'on considère le nombre de grossesses constatées chez les femmes césarisées. Les nombres fournis par les auteurs diffèrent du tout au tout : Wetterwald donne 45 %, Jung 53 %, alors que Balard et Anderodias atteignent seulement 18 % soit 19 grossesses sur 111 opérées, il est vrai, ce chiffre ne portant que sur les femmes qui ont pu être retrouvées.

Dans notre statistique, *donnée avec de grandes réserves* en raison de la perte de vue de beaucoup d'opérées nous avons pu relever 252 femmes opérées de C. B. depuis 1925 par le très regretté professeur Grosse et

le professeur Leroux. Sur ce nombre, en 1934 nous en avons 35 ayant subi des césariennes itératives dont pour 5 cas : 3 césariennes basses, et pour 2 cas 4 césariennes basses (Cf. Rouault, thèse Paris, 1933).

A ce nombre s'ajoutent les accouchements par les voies naturelles, au nombre de douze.

Il semble que ces statistiques expriment une certaine restriction dans la répétition des grossesses chez les femmes césarisées.

Restriction volontaire prétend-on par crainte de l'opération inéluctable avec son cortège de dangers et de douleurs. Cette explication peut être en effet valable pour certaines femmes, mais elle n'est pas applicable à toutes ; on peut noter avec Jung que $\frac{2}{3}$ des femmes redevenues enceintes après césarienne basse ne subissent qu'une seule grossesse, mais on peut se demander si ces femmes auraient, sans avoir eu d'opération césarienne, accouché plus de deux fois.

Ce qu'il faut affirmer, en toute occurrence, c'est que la crainte d'une césarienne basse itérative ne se justifie plus. La sécurité conférée à la césarienne basse par la technique actuelle est encore accrue lors d'une césarienne itérative si l'on ne fait pas l'épreuve du travail.

Cette notion tendant à se répandre, il en résulte que la mentalité du public se modifie aussi en faveur de l'opération dont on accueille plus volontiers l'idée qu'il y a seulement quelques années.

A titre d'exception, Jung d'une part, Anderodias et Balard d'autre part, signalent avoir observé des

grossesses extra-utérines chez des femmes opérées antérieurement de césarienne basse.

Chez une ancienne opérée de césarienne basse combien de temps après la première grossesse a lieu la deuxième ?

A cette question, en quelque sorte greffée sur la précédente, les statistiques répondent de façon très favorable. Dans plusieurs de nos observations nous trouvons des grossesses survenant quelques mois après la première... Certaines d'entre nos opérées ont eu juste leur retour de couche et sont redevenues enceintes immédiatement. La cicatrice complexe de la césarienne basse ne constitue donc pas un empêchement à la fécondation (Rouault, thèse Paris, 1933).

La nouvelle grossesse évolue-t-elle sans incident et va-t-elle jusqu'à terme ?

Wetterwald signale 7 avortements survenus chez 5 malades sur 45 grossesses, soit 15,5 %. Jung trouve également 15,4 % d'avortements ou d'accouchements prématurés.

Anderodias et Balard n'ayant pas fait d'enquête détaillée ne peuvent donner de chiffres précis sur ce point, mais n'ont pas l'impression que les avortements soient aussi fréquents.

C'est aussi notre conviction, encore qu'il est particulièrement malaisé de la confirmer d'une façon rigoureuse car les fausses couches si elles existent échappent à notre contrôle. Il nous semble bien que l'avortement chez ces femmes est l'exception.

L'accouchement chez les femmes ayant été antérieurement opérées de césarienne basse.

L'étude des phénomènes cliniques et physiologiques de l'accouchement dans un utérus césarisé représente le nœud de la question. Le comportement de l'utérus et particulièrement de la cicatrice utérine vont juger les problèmes pratiques assez complexes qui se posent au sujet de la conduite à tenir en cas de nouvel accouchement.

Une première question préjudicielle est celle de la solidité de la cicatrice. On peut en effet se demander si la cicatrice qui porte sur le S. I. résistera, malgré sa minceur aux efforts violents, répétés et prolongés parfois plusieurs heures qu'impose le travail de l'accouchement.

Les réponses sont presque toujours favorables ; elles sont fournies par les faits anatomiques, par les statistiques, par les faits cliniques.

1^o Dans un précédent chapitre nous avons exposé les faits anatomiques, c'est-à-dire, d'une part, l'examen macroscopique de la cicatrice utérine à l'occasion d'une césarienne ultérieure ou d'une explora-

tion manuelle intra-utérine, d'autre part, l'étude histologique des fragments de cicatrice.

2^o Les statistiques qui ont pu être établies tendent à montrer que le risque de rupture utérine est très petit.

Si l'on invoque les 22 cas de rupture dont Gellé a fait une étude détaillée, nous observons tout d'abord qu'il ne s'agit pas de rupture de la cicatrice mais de rupture para-cicatricielle portant sur des régions variées :

Col et parties latérales du S. I. (cas de Opitz-Lastzko) avec cicatrice intacte (Keller).

Partie basse du corps, dans le cas où la cicatrice empiétait sur le corps (cas de Frantz 2, Hel-muth 2, Freund 1 et Wolf 1).

Corps utérin dans les cas ayant subi successive-ment une césarienne haute et une césarienne basse, c'est la césarienne haute qui cède (Wolf).

Il nous a été donné d'avoir connaissance d'un cas de rupture utérine survenue chez une femme ayant subi antérieurement deux césariennes, l'une haute, l'autre basse par deux opérateurs différents ; dans ce cas la rupture s'était produite en fin de grossesse avant tout début de travail. La pièce opératoire montre que la rupture a porté sur la zone de C. B. La femme opérée il y a un mois et actuellement en traitement n'est pas encore guérie.

De cette statistique il ressort :

- 1^o que la zone cicatricielle basse représente en général une région particulièrement résistante ;
- 2^o que les ruptures consécutives aux césariennes basses sont exceptionnelles puisque Gellé oppose ses 22 observations à 4.931 cas qu'il a pu relever, chiffres très inférieurs aux C. B. effectuées.

A cette cause d'erreur, s'en ajoutent d'autres nombreuses car pour être exact il faudrait en regard des ruptures constatées relever toutes les grossesses consécutives aux C. B. c'est-à-dire tous les cas dans lesquels la femme s'est trouvée dans des conditions prédisposant à la rupture.

Peut-être faut-il aussi faire état de ce que la C. B. étant d'introduction relativement récente dans la chirurgie obstétricale son exécution technique laisse encore à désirer. Il y a lieu à ce point de vue de considérer l'intérêt des facteurs personnels qui font varier les résultats opératoires et post-opératoires. Pour ces raisons et entre autres à cause du fait patent que les données cliniques sont trop disparates pour être alignés en série, les statistiques n'ont qu'une valeur d'appréciation des plus relatives.

On peut cependant, en tâchant de faire la part des choses, noter les chiffres suivants de grossesses constatées à la suite de C. B.

Anderodias et Balard	19
Phaneuf.....	189
Reeb	51
Hauch	4
Hamm	5
Jung	135

Soit 403 grossesses avec une rupture (cas de Jung, Watterwald).

Ce qu'on peut en déduire c'est que la rupture est rare de façon absolue, et aussi relativement aux ruptures survenant à la suite des césariennes hautes 1 % dans les meilleures statistiques, 2,5 % d'après Planès, 4 % d'après Morisson-Lacombe.

Cette amélioration des résultats tient sans nul doute aux perfectionnements de la technique opératoire qui protège mieux la cicatrice et lui permet une cicatrisation plus aseptique et plus complète, et à la situation segmentaire de la zone opératoire qui ne participe pas aux contractions violentes du corps utérin.

Gellé indique pour 14 observations 21,4 % de mortalité pour les ruptures en cas de césarienne basse.

Cependant, mis à part le délai et les conditions techniques dans lesquels peut être pratiquée l'intervention dont dépend le succès de la guérison, il semble bien que la rupture après césarienne basse soit moins grave qu'après césarienne haute. Pour ces derniers cas nous pouvons faire état des chiffres suivants :

Holland :	31 décès pour 97 cas =	32 %
Planès :	1 — 8 cas =	12 %

3^o Les observations d'accouchements consécutifs aux C. B. montrent que la cicatrice est, en pratique, très suffisante et ne semble jouer qu'un rôle effacé dans la succession des phénomènes physiologiques du travail.

Il est intéressant d'examiner les statistiques :

Anderodias et Balard : 4 accouchements spontanés sur 19 grossesses itératives à terme soit 21 %.

Phaneuf : 14 accouchements spontanés sur 198 grossesses itératives à terme soit 7,40 %.

Reeb : 4 accouchements spontanés sur 34 grossesses itératives à terme soit 7,84 %.

Hauch : 2 accouchements spontanés sur 4 grossesses itératives à terme soit 50 % .

Hamm : aucun accouchement spontané sur 5 grossesses itératives à terme soit 0 %.

Jung : 70 accouchements spontanés sur 135 grossesses itératives à terme soit 51,8 %.

Statistique collective de 23 auteurs (d'après Jung)... 23 %

Notre statistique donne 11 accouchements naturels sur 46 cas de grossesses itératives à terme soit 25 %.

La même femme peut même accoucher à plusieurs reprises par les voies naturelles selon les observations de :

Keller	2 fois
Reeb	3 fois et 2 fois
Phaneuf	3 fois et 2 fois

Balard	2 fois
Wetervald	6 fois, 4 fois, 3 fois
Notre observation n° 12	2 fois

Nous voyons par ces statistiques que la femme peut parfaitement accoucher par les voies naturelles même lorsqu'elle a subi antérieurement une C. B. Les pourcentages varient du tout au tout selon les auteurs : de 0 % à 51,8 %. Il est loisible de se demander les raisons qui font varier les résultats.

Il nous semble que l'on puisse faire une première discrimination entre ces cas de grossesse et d'accouchement itératif, selon la cause qui a motivé la césarienne, les uns répondent à un *obstacle persistant* que la césarienne a seulement permis de contourner, les autres se présentent comme motivés par une cause occasionnelle qui a disparu avec l'accouchement, ou que l'opération a levé.

Dans cette deuxième catégorie se groupent :

du fait maternel : les kystes ovariens, les fibromes prœvias suivis de myomectomie, parfois l'éclampsie ;

du côté ovulaire : les procidences du cordon, le placenta prœvia ;

du côté fœtal : une présentation défectueuse, épaule ou un front, une face, dans ces cas il n'est pas rare que l'indication soit compliquée d'un certain degré de rétrécissement du bassin osseux.

Comment l'accouchement se passe-t-il ?

De façon très variable. En principe tout se passe, comme si la femme accouchait pour la première fois. Le travail revêt un aspect des plus variés. Tantôt tout se passe très bien et la durée du travail est courte, l'accouchement spontané. Cette forme favorable est plus souvent le fait des parturientes dont le col a déjà subi l'effacement à un degré avancé de dilatation lors du premier accouchement. A l'inverse, on peut observer (obs. n° 2) dans certains cas une dystocie sévère du col et des parties molles pelviennes qui rend l'accouchement pénible, le prolonge excessivement au milieu de phénomènes de contracture, souvent la rupture des membranes s'est faite prématurément. Il est nécessaire de terminer par une application de forceps elle-même laborieuse. A ces dystocies des parties molles la cicatrice du S. I. résiste parfaitement sans qu'on puisse d'ailleurs incriminer son existence dans la genèse des accidents, sauf, peut-être, en ce qui concerne la fragilité des membranes.

L'autre groupe de faits intéresse les *dystocies par obstacle osseux permanent*. Ici encore distinguons plusieurs catégories de faits. Les rétrécissements marqués du bassin (Pp. est en dessous de 8) ne nous intéressent pas ici, puisque nous savons qu'ils sont incompatibles avec l'expulsion par les voies naturelles d'un fœtus vivant de volume normal.

Nous ne retiendrons donc que les bassins dits « limites » de 8 à 9,5 qui sont le plus couramment rencontrés.

Ici encore nous aurons affaire à des formes cliniques bien disparates du travail.

Tantôt travail facile, rapide, spontané d'un bout à l'autre (obs. 4-5-7-8-11-12), sans même de déchirure périnéale (obs. 5-11).

Tantôt le travail traîne en longueur, le col reste rigide, ne se dilate que lentement, puis au bout d'un temps assez long 12-15-24 heures le col cède et l'expulsion a lieu spontanément ou à l'aide d'un forceps, en général, sans difficulté.

Il arrive enfin que certaines femmes offrent le cas paradoxal d'accoucher spontanément après une première césarienne et d'être dans l'impossibilité de répéter l'accouchement spontané au troisième et même au quatrième accouchement. Nous avons eu cette singulière succession de faits chez deux de nos parturientes. L'une d'elles (obs. n° 10) après une première césarienne avait réussi à accoucher chez elle la deuxième fois ; lors du troisième accouchement l'épreuve du travail à laquelle elle s'était soumise spontanément chez elle ayant échoué, force lui fut bien de revenir à la Maternité où elle fut à nouveau opérée. Elle vient encore d'être opérée pour sa quatrième grossesse et les adhérences ont cette fois rendu nécessaire une hystérectomie.

L'autre femme (obs. n° 12) avait eu successivement une première césarienne, puis deux accouchements par les voies naturelles, enfin un quatrième accouchement par césarienne.

Un cas encore plus intéressant nous a été fourni

par une femme (obs. n^o 11) qui après une fausse couche et un accouchement prématuré avait avant terme dû subir une opération C. B. (Prof. Grosse) et qui deux ans plus tard accouchait spontanément et rapidement (Prof. Leroux) d'un enfant à terme, bien portant et notablement plus gros que le premier, 3.250 au lieu de 2.800.

Examinons comment on peut expliquer ces faits en apparence contradictoires et à tout le moins paradoxaux.

Dans certains cas le volume d'ensemble du fœtus, son poids ont pu être inférieurs à ceux obtenus aux accouchements subséquents. Mais cette considération est à notre avis primée de beaucoup par les caractéristiques de la tête qui se présente presque toujours. Il faut tenir compte de plusieurs éléments : dimension, malléabilité, forme.

Dimensions. — En mesurant systématiquement la tête fœtale on arrive à comparer chez une même femme, les diamètres des enfants qu'elle met au monde et l'on a une idée très précise des dimensions transversales et sagittales des têtes fœtales.

Le diamètre transversal, surtout le bipariétal, est essentiel. On pourrait même reconstituer le diagramme de profil et de face de la tête.

On arrive ainsi à se rendre compte que même avec des enfants plus lourds, la tête étant plus petite, les phénomènes plastiques et le mécanisme du travail sont moins laborieux. L'observation n^o 9 montre

bien que le premier enfant 2 kgr. 700 et le deuxième 2 kgr. 430 ont dû être extraits par C. B. alors que le troisième, 3 kgr. 100, a été expulsé par la voie naturelle, mais le premier et le deuxième avaient des têtes aux diamètres plus forts que le troisième. Même démonstration dans l'observation n^o 12, le premier enfant pèse 3 kgr. 750 par C. B., le deuxième 3 kgr. 900, le troisième 3 kgr. 750, expulsés par la voie naturelle, le quatrième 3 kgr. 940 par C. B. En regard pour ne prendre que le seul diamètre bipariétal le premier 92, le deuxième 87, le troisième 86, le quatrième 98.

Tenons compte également de la malléabilité de la tête ou, si l'on veut, de la consistance de la tête, elle-même sous la dépendance du degré plus ou moins avancé d'ossification. La capacité du modelage passif de la tête à la filière pelvienne est très variable. Elle joue un rôle important dans ses possibilités de passage au travers du canal osseux. Un autre élément encore est constitué par la forme de la tête. Ceci est une question de conformation individuelle, qui varie avec l'espèce humaine, la race considérée, avec le caractère même des procréateurs. A cet égard, il est bon de regarder si le père a une grosse tête brachycéphale, aux forts diamètres bipariétaux ou, au contraire, une tête allongée, dolychocéphale. Dans nos pays de l'Ouest nous connaissons bien à ce point de vue, la forme ronde, en boule, des paysans du marais vendéen, des maraîchins, comme on les appelle.

Faut-il joindre à tous ces éléments d'appréciation

le fait que d'un accouchement à l'autre la tête ne se pose pas sur le bassin dans une attitude identique. Il suffit de peu de chose pour que le travail s'amorce différemment, une inclinaison différente, un état de flexion plus ou moins marquée, peuvent influencer en bien ou en mal le travail.

D'autres facteurs d'origine maternelle vont se combiner à ceux provenant du fœtus pour expliquer la marche variable de l'accouchement.

La filière pelvi-génitale n'est pas, d'un accouchement à l'autre, aussi invariablement imperméable qu'il semble au premier abord. Sans doute les diamètres osseux du bassin ne sont pas changés. Et encore cet axiome même nous paraît à discuter dans certains cas exceptionnels. Nous avons eu à suivre une femme, observation n^o 11, qui lors de son premier accouchement était encore incomplètement développée, fluette, grande, un vrai corps d'enfant. Elle ne peut accoucher que par C. B. d'un enfant de 2 kgr. 800. Revue deux ans plus tard, enceinte à nouveau, nous eûmes l'heureuse surprise de trouver un corps plus développé, aux formes étoffées et élargies d'une femme et non plus d'une fillette. Expliquons qu'à l'occasion de la première naissance nous avons appris l'existence d'une hérédo-syphilis dont elle fut soignée et que ce traitement contribue à notre avis, à aider à l'épanouissement de la femme. Il est donc des plus vraisemblables d'admettre ici l'ampliation de calibre du bassin osseux d'un accouchement à l'autre, ce qui explique l'aisance extrême du deuxième accouchement.

Plus fréquente à beaucoup près est l'amélioration des parties molles. Il est courant de rencontrer les dystocies par inélasticité, rigidité des parties molles auxquelles participent non seulement le col proprement dit, mais encore le S. I. et le vagin, la vulve même. Il nous a semblé que cet état se rencontrait assez souvent chez des femmes pléthoriques, hyper-alimentées, se laissant aller à la véritable boulimie de la grossesse. Ce qui nous le donne à penser c'est le résultat très heureux qu'obtient le régime d'hypoalimentation, de réduction nutritive, le régime lacté intégral au besoin, chez les femmes. Le bienfait de ce traitement diététique est double au point de vue obstétrical. Amélioration des parties molles, assouplissement des tissus et des muscles et aussi réduction relative du volume de l'ossification de l'enfant.

On peut ainsi obtenir des accouchements naturels favorables, qui, faute de ces précautions préalables se seraient terminés par une césarienne. Sur cette question de la dystocie des parties molles se greffe celle de la contracture intra-utérine dont l'importance est très grande, mais se situe au deuxième plan déjà, et que nous n'aborderons pas car elle nous semble dépasser le cadre de notre travail.

Tous les éléments que nous venons d'étudier entrent en jeu, se combinent en clinique de façon complexe. L'ensemble constitue l'épreuve du travail. Or, cette épreuve si indispensable pour juger les bassins limites lors du premier accouchement, il semble que, puisqu'elle a été pratiquée une première

fois, on devrait pouvoir s'en passer ultérieurement. Pratiquement il n'en est rien. Tout est à recommencer presque totalement à chaque fois. Les facteurs sont variables, le produit des facteurs variera de même. Il est donc nécessaire de laisser se dérouler l'épreuve du travail aux accouchements itératifs, et ce faisant d'accorder à la parturiente toutes les chances d'accoucher par les voies naturelles s'il se peut. Cette pratique est rendue possible, elle est devenue sans danger grâce à la technique actuelle si bien mise au point de la C. B. Il n'est pas sans intérêt de savoir que cette épreuve peut être poursuivie, sans crainte de déchirure de la cicatrice, plusieurs heures.

Conduite à tenir.

Après une première césarienne basse, l'accoucheur est souvent questionné sur l'avenir obstétrical de l'opérée. Que se passera-t-il en cas de grossesse ultérieure ? Doit-on envisager une césarienne inéluctablement ? Peut-on au contraire espérer un accouchement favorable par les voies basses ?

La réponse à faire varie, on le conçoit d'abord, selon les raisons pour lesquelles on est intervenu, puis selon les conditions de l'opération et les suites plus ou moins aseptiques. Dans les cas purs, motivés par l'existence d'une dystocie transitoire, il faut rassurer pleinement la femme sur ses possibilités obstétricales. La seule restriction est de conseiller la surveillance de la grossesse par un accoucheur qualifié avec l'accouchement éventuel systématique et obligatoire en milieu obstétrico-chirurgical afin de parer à tout accident possible.

Lorsqu'il s'est agi d'un rétrécissement pelvien en cas de bassin avéré infranchissable, exploration et mensuration mauvaises, bassin généralement rétréci de 7,5 à 8 par exemple, il n'y a aucune chance de meilleur accouchement à faire envisager. Il vaut mieux parler franchement et faire entrevoir la possi-

bilité à partir de la troisième C. B. d'une stérilisation définitive par ligature et suture des trompes.

Où la réponse est infiniment plus délicate et doit être très nuancée c'est lorsqu'on est en présence d'un cas de C. B. dont l'indication est complexe. Bassin limite au-dessus de 8 à 8,5 où la dystocie est faite, à côté du rétrécissement osseux, de mauvaise contraction utérine, de l'état spasmodique du col, de l'excès relatif du volume du fœtus, de mauvaise présentation : face, front. Devant de pareilles circonstances il convient de ne s'exprimer qu'avec prudence en évitant les opinions catégoriques. On sera réservé sur la décision à venir et l'on ménagera la femme en la rassurant au mieux, en entr'ouvrant la porte d'une issue naturelle et en faisant bien ressortir qu'au pis-aller une césarienne itérative ne serait pas plus grave que la première.

Le moment venu d'un nouvel accouchement, sur quels principes s'établira la ligne de conduite de l'accoucheur ?

Trois catégories de parturientes se présentent :

I. — Bassin très rétréci quelle que soit la cause de la forme anatomique.

Inutile de s'y attarder puisqu'il n'y a rien à espérer que d'une césarienne itérative.

II. — Césarienne antérieure par indication ayant disparu avec le premier accouchement, qu'il s'agisse d'une hémorragie, insertion vicieuse du placenta, d'une présentation vicieuse : front, face, épaule, d'une

procidence du cordon, d'un obstacle actuellement levé (kyste ovarique, etc.).

L'intéressée doit pouvoir faire les frais d'un travail normal même prolongé ; l'on est en droit d'attendre l'accouchement par les voies naturelles.

III. — Césarienne antérieure par bassin rétréci limite au-dessus de 8 cmc. Dans ce groupe se recrutent les cas délicats à trancher. Distinguons encore là, pour mieux serrer de près les faits, l'accouchement avant ou à terme.

a) si l'accouchement a lieu fortuitement et pathologiquement (syphilis, cardiopathie etc.) avant le terme normal, il va de soi que les chances d'accouchement naturel seront fortement augmentées, la chose est si évidente que nombre d'auteurs restent partisans d'accouchement prématuré provoqué. L'école de Lyon s'est faite, tout récemment encore la protagoniste de cette méthode. Discutable dans son principe même qui est de mettre au monde un prématuré, mal préparé à l'existence, elle est entachée d'une technique incertaine dans ses résultats, grevée d'incidents fréquents, d'infection ovulaire, de prolongation du travail, de dystocie du col.

Bornons-nous à cette critique très superficielle car la question nous entraînerait beaucoup trop loin. Disons seulement que les notions personnelles que nous avons de la césarienne nous incitent à la préférer à l'accouchement prématuré pour une raison pri-

mordiale de sécurité générale à laquelle toutes autres sont subordonnées.

b) Accouchement à terme. — On attendra donc délibérément le terme de l'accouchement et l'on laissera l'épreuve du travail s'ébaucher et se poursuivre, en le surveillant étroitement. La femme entrée en maternité sera mise en observation avec une sage-femme expérimentée qui ne doit pas la quitter. On examinera l'état obstétrical, avec minutie, dès le début, notant particulièrement avec exactitude.

1^o Au point de vue mécanisme :

La présentation (une tête le plus souvent), sa désignation, son volume, sa consistance, sa fixité, son débordement en avant et sur les côtés aussi, son état de flexion.

L'état des parties molles ; souplesse de la vulve, extensibilité et élasticité du vagin ; col, degré d'effacement et de dilatation ; segment inférieur, degré d'ampliation.

L'allure des contractions utérines : rythme, durée, intensité, douleur.

2^o Au point de vue infection possible on notera :

L'état des muqueuses génitales avec leur aspect extérieur (possiblement inflammatoire), leurs sécrétions (parfois purulentes).

L'existence ou non d'écoulement de liquide amniotique.

La perception de l'intégrité de la poche des eaux. Soulignons tout spécialement cet état de l'œuf

ouvert ou fermé en raison de l'importance de l'infection amniotique dont le développement peut aggraver le pronostic et imposer une opération mutilatrice.

L'épreuve du travail exige une asepsie aussi rigoureuse que possible. On désinfectera la région vulvaire, on la protégera contre l'apport de souillures exogènes et autogènes (souillures par les doigts de la femme, etc.); on évitera de multiplier les touchers, et on ne le fera qu'à bon escient en se servant de doigtiers stérilisés.

La marche du travail sera suivie à intervalles rapprochés, mais variables suivant le cas et les circonstances. On portera attention au comportement du fœtus et en même temps à celui de la mère.

Du fœtus on suivra la situation en hauteur, par rapport au D. S. Fixité résistant aux contractures utérines ou progression lente vers le bas. On notera le degré de flexion de la tête qui s'accroît dans certains cas.

On se rendra compte au toucher de l'intégrité des membranes, de la dilatation du col, du développement d'une bosse séro-sanguine, qui gêne l'appréciation exacte du degré d'engagement. On veillera enfin à la bonne qualité des bruits du cœur. Leur défaillance permanente et prononcée coïncidant avec l'expulsion de liquide amniotique teinté de méconium, peut imposer l'arrêt de l'épreuve du travail et la décision opératoire.

Du côté maternel, la surveillance portera sur l'état de l'utérus en travail, soit simples contractions, nor-

males d'allure, séparées par de bons intervalles de calme, soit au contraire un état de contracture permanente dont le degré est très variable et peut aller jusqu'à la tétanisation la plus dangereuse.

On notera l'état fébrile qui peut se déclarer, au cours d'un travail prolongé. Sous le nom de fièvre de travail, on a décrit un ensemble pathologique constitué par la fatigue, l'insomnie, l'inanition, la déshydratation, état non dangereux se traduisant par un 38 de température.

On saura surtout différencier cet état de la fièvre d'origine infectieuse provoquée par l'inoculation du tractus génital (toucher septique du col, infection amniotique). Il se traduit par un état fébrile, température 38-38,5-39, avec pouls rapide, langue sèche, urine rare et localement muqueuses rouges et sèches, liquide amniotique parfois fétide qui peut aller jusqu'à l'infection gazeuse de l'œuf (Physométrie). Tels sont les jalons qui guideront fidèlement l'accoucheur au cours de cette épreuve itérative de travail indispensable dans certains cas de bassins limites. Si au bout d'un certain temps elle demeure sans résultat, il faut se rendre à l'évidence et opérer sans tarder davantage. On ne laissera à aucun prix se prolonger outre mesure une épreuve si pénible et si douloureuse pour la femme qui peut devenir si dangereuse pour elle et pour l'enfant, dès lors qu'elle s'avère négative.

Mais justement le difficile est de savoir dire où est la mesure à garder, dans la durée de l'épreuve ?

Nous lisons dans le travail d'Anderodias et Balard que l'épreuve a été poussée par Keller pendant 18 h. (obs. n° 5) 38 h. (obs. n° 8) ; par Reeb 6 h. 45 (obs. 14) 25 h. (obs. 16) ; par Hauch, 35 h. (obs. n° 18) ; par Châtillon, 18 h. (obs n° 25) ; par Audibert, 16 h. 30 (obs. 27) ; par Phaneuf, 19 h. (obs. 29) 26 h. 20 (obs. 30) ; par Balard, 18 h. (Obs. 34).

Nous mêmes trouvons dans nos cas des durées de 14 h. (obs. n° 12), 21 h. (obs n° 9), 24 h. (obs. n° 9 et 1) et même 48 h. (obs. n° 2).

Toutes ces épreuves de travail ont été positives.

Il ne faut donc pas craindre de prolonger l'épreuve, si l'on croit être en droit d'en espérer un heureux résultat. Tout en surveillant les divers points déjà exposés on saura voir dans la superposition d'autres dystocies des raisons nouvelles de se décider à la finir par une césarienne itérative. Tels sont une contraction du col, une présentation atypique, déflexion de la tête, souffrance fœtale expliquée parfois par une compression funiculaire, un état de rigidité du col. On saura enfin que certaines dystocies ne se jugent qu'à une dilatation très avancée du col qu'il est utile de savoir attendre. On ne se hâtera donc pas de conclure trop tôt. Si le col ne cède pas aux contractions utérines, on saura s'aider des anti-spasmodiques, morphine, pantopon, spasmalgine, sédol) dont les heureux résultats sont incontestables sur le col. Ils aideront en permettant une détente passagère à la parturiente qui souvent, après une ou deux heures de

sommeil plus ou moins complet, délassée et apaisée, reprendra courage et patience.

A-t-on le droit d'utiliser dans cette épreuve itérative l'extrait hypophysaire ? Une telle pratique dans ce cas particulier nous paraît ajouter au péril de rupture utérine dont la femme est déjà menacée et doit être rejetée jusqu'à plus ample informé.

L'épreuve étant positive, doit-on laisser la femme accoucher par ses seuls moyens ? Doit-on au contraire l'aider par une application de forceps ? Ce moyen est à conseiller en principe puisqu'il évite, sans aucun risque, des efforts superflus à l'utérus. Il est à remarquer cependant que certaines femmes pourvues de parties molles très souples dans ces accouchements itératifs n'en ont nul besoin.

La question se bornera en somme à l'appréciation de l'accoucheur qui en usera dans ces cas avec une particulière facilité.

Dans les cas d'épreuve négative ou trop lente à donner sa conclusion la disproportion fœto-pelvienne semble petite, n'y a-t-il pas là une indication à user de la symphyséotomie partielle à la Zarate ? Nous n'en sommes guère partisan. Pour un bénéfice hypothétique va-t-on imposer à la parturiente une opération nouvelle et le risque réel d'une dislocation définitive de la ceinture pelvienne, dislocation à tout le moins gênante et pénible qui peut conduire à de véritables infirmités ?

En somme, si nous admettons la réitération de l'épreuve du travail, nous n'admettons pas les pro-

cédés médicaux (hypophyse) ou chirurgicaux (Zarate) qui peuvent ajouter aux risques que comporte déjà cette méthode. N'exagérons pas ces risques et écoutons Hauch dire : « Je n'ai pas peur de l'épreuve bien surveillée du travail avant la césarienne éventuelle même si c'est une césarienne répétée, mais je serai naturellement plus disposé à faire l'opération et à la faire plus tôt quand il y a avec une dystocie pelvienne, une présentation défavorable de la tête ».

Et nous concluons en disant que la C. B. a véritablement transformé la valeur de la dystocie puisqu'elle ne laisse à sa suite aucune séquelle pénible. Elle ne grève pas non plus l'avenir obstétrical de la femme d'une hypothèque opératoire puisque dans un grand nombre de cas, l'opération itérative n'est nullement inéluctable et que bien au contraire la femme a des chances très grandes d'accoucher naturellement sans aucun dommage ni pour elle, ni pour son enfant.

Conclusions.

1^o La femme opérée de césarienne basse n'est pas vouée fatalement à la répétition de la césarienne à chaque grossesse.

2^o La valeur de la cicatrice explique les larges possibilités de l'accouchement naturel.

3^o L'accouchement se fait à peu près comme chez une primipare si la raison de la césarienne princeps a disparu.

4^o Lorsqu'il s'agit de bassin limite c'est l'épreuve du travail qui jugera des possibilités obstétricales.

5^o L'épreuve du travail peut être prolongée très longtemps sans crainte de rupture utérine.

6^o Les arguments précédents plaident en faveur de la césarienne basse en montrant l'excellence de son pronostic éloigné.

Vu : le Président de la thèse,
BRINDEAU.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY,

BIBLIOGRAPHIE

ANDERODIAS. — L'opération césarienne basse ; ses indications, ses résultats (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, t. XLIX, n° 16, 15 avril 1928).

ANDERODIAS et BALARD. — L'avenir obstétrical des femmes opérées de césarienne basse (Extr. du *Journal de Méd. de Bordeaux*, n° 25, 20-30 sept. 1931).

AUDEBERT. — Technique de la césarienne basse (*Revue française de Gyn. et d'Obst.*, 1-2-3 oct. 1931).

BALARD (P.). — Trois cas d'accouchement par les voies naturelles après césarienne basse (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, 5 avril 1931, n° 14. Bordeaux).

— Notre expérience personnelle sur la césarienne basse, d'après 25 observations personnelles (*Gaz. hebd. des sciences médicales de Bordeaux*, avr. 1928).

BRINDEAU. — De la césarienne transpéritonéale suprasymphysaire (*Presse médicale*, 10 mars 1926).

BRINDEAU (A.) et CANONNE. — Technique de la césarienne basse (indications-résultats) (*Le Journal médical français*, n° 1, janvier 1930, p. 3).

CATHALA. — Accouchement après opération césarienne basse (*Bulletin médical*, 24-27 octobre 1928).

— De la valeur de la césarienne transpéritonéale

supra-symphysaire (*Presse médicale*, 10 mars 1926).

— De la valeur de la césarienne transpéritonéale supra-symphysaire (*Société d'Obst. et de Gyn. de Paris*, fasc. I, p. 37, an. 1926).

CHATILLON (F.). — Accouchement normal après opération césarienne basse (*Rev. franç. de Gynéc. et d'Obstétrique*, 25, 194-195, March 1930).

CONSTANTINESCU (M.). — Low cesarean sections (*Rev. san. mil.* Bucuresti, 29, 303-306, Aug.-Sept. 1930).

COUVELAIRE. — Statistique des césariennes basses faites à la Clinique Baudelocque (*Soc. d'Obst. et de Gyn.*, nov. 1925).

DEVRAIGNE, MAYER (Maurice). — Deux cas de gestation après césarienne avec extériorisation (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, séance du 4 janvier 1932).

GARCIA (S.), MARRUZ et VILALTA (F.). — Cesarea iterada. Primera intervencion cesarea baja. Segunda cesarea corporea. Breves consideraciones (*Rev. méd. Cubana*, 43, 130-148, Feb. 1932).

GROSSE (A.). — Trois accouchements spontanés après une opération césarienne chez la même femme (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.* Paris, 1920, IX, p. 115).

GROSSE et LEROUX. — Sur l'opération césarienne transpéritonéale supra-symphysaire (*Rev. franç. de Gyn. et d'Obst.*, mars 1927).

HELLMUTH. — Au sujet des ruptures spontanées de l'utérus au niveau de la cicatrice des césariennes intrapéritonéales basses ; faut-il approuver l'extension de cette technique ? (*Münchener medizinische Woche*, t. LXXV, n° 38, 21 sept. 1928).

HORNUNG (R.). — Course of pregnancy subsequent to cesarean section (*Zentralb. f. Gynak.*, n° II a, 55, 782-795, 14 March 1931).

LEMMELAND-LACOMME. — Accouchement naturel chez une femme ayant subi trois opérations césariennes, la dernière de ces opérations ayant permis de voir se rompre la cicatrice utérine antérieure (*Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, séance du 7 nov. 1932).

LEROUX. — La césarienne basse ; sa place en obstétrique, sa technique, ses suites opératoires, ses indications, son pronostic (*Revue médicale de Nantes*, mars 1932).

LÉVY-SOLAL, LAENNEC, DELARUE. — Evolution d'une gestation normale chez une femme ayant subi trois mois auparavant une césarienne suivie d'extériorisation de l'utérus (*Bull. Soc. obstétrique et de Gynécologie*, 17, 918-924, déc. 1928).

LANE (C. Mc. Mc.). — Delivery through natural passages following cesarean section (*Am. J. Obstet. et Gynec.*, 20, 650-657, nov. 1930).

PERALTA (A.) RAMOS, GUIROY (A. J.). — La operacion cesarian y el parto ulterior por vias naturales (*Am. J. Obstet. et Gynec.*, 20, 650-657, nov. 1930).

PHANŒUF (L. E.). — L'accouchement par les voies naturelles à la suite de l'opération césarienne transpéritonéale basse (*Revue française de Gynécologie et d'Obst.*, 22, 177-181, avril 1927).

PORTES, LACOMME, DIGONNET. — Deux cas de gestation chez des femmes ayant subi antérieurement une césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus (*Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, séance du 4 janv. 1932).

- QUARANTOTTO (A.). — Parto, per via naturale dopo taglio cesareo cervicale a taglio cesareo ripetuto (*Clin. Obst.*, 30, 29-36, janv. 1928).
- ROUAUT (B. E.). — Des césariennes itératives (*Thèse Paris*, 1933).
- SOUZA (O. de). — Parto natural anticipado apos cesariana (*Rev. Brazil de Med.*, 4, 528-530, oct.-déc. 1928).
- SCHEFFZECK (F. A.). — Die uterus narbe des Korporealeim und cervikalen Kaiserschnitts und ihre chancen bei sfäteren Schwangerschaften und Geburten (*Ztschr. f. Geburtsh. U. Gynák. Stuttg.*, 1910, LXVII, 752-772).
- WINGSTON (J. N.). — Trois accouchements spontanés après une opération césarienne chez la même femme (*Bull. Obst. et de Gyn. de Paris*, 1920, IX, 115).
-

1058. - Impr. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 12-1934
